

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 16-17 anno XVI del 30 apr.-13 mag, 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

Poste Italiane Sped. in A.P. D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Il movimento è l'antidoto contro nuove disabilità

di Marco Tagliaferri *

Numerose condizioni di malattia, disabilità e mortalità sono prevenibili con comportamenti e stili di vita sani, tra cui l'attività fisica. Se questo è vero per i sani, lo è ancora di più per i malati. Infatti in molte malattie croniche (artrosi, esiti di ictus, malattia di Parkinson, cardiopatia ischemica...) il processo di sabilante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà che è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità; questo circolo vizioso può essere corretto con programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.

Per questo nel 2004 il Consiglio sanitario della Regione Toscana definì le prime linee guida italiane sulla "Promozione della salute attraverso le attività motorie" specificando che queste attività: non sono prestazioni sanitarie e non rientrano nei Lea; devono essere svolte negli abituali contesti della comunità sociale sotto forma di attività di gruppo in luoghi deputati ad attività di socializzazione o ad attività ludico-sportiva; devono entrare a far parte dei piani integrati di salute. Questi criteri costituiscono il riferimento per la programmazione regionale che ha definito, a partire dal 2005, i programmi di Attività fisica adattata (Afa): attività motorie rivolte ai cittadini riconosciuti fragili, che richiedono gradualità e attenzione nella proposta dei programmi di esercizio.

Le Afa devono essere promosse dal sistema dei servizi per la salute per fa-

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE Attività fisica adattata (Afa) nel 76% dei Comuni: 1.475 corsi nel 2012

Sport su misura per 23mila

Programmi ad hoc per anziani e disabili - L'esperienza recepita dal ministero

Dal 2008 al 2012 in Toscana sono quasi raddoppiati il numero dei corsi di Attività fisica adattata (Afa) realizzati nei Comuni, il numero delle persone che partecipano ai corsi, il numero degli enti erogatori e gli spazi dedicati. Pur con differenze locali, si registra una tendenza alla crescita in tutte le Aziende sanitarie locali e, alla fine del 2012, i corsi Afa erano presenti in ben 218 Comuni toscani (76%), effettuati in 646 ambienti tra palestre, piscine o spazi adattati coinvolgendo 23mila persone ai 1.474 corsi attivati in tale anno.

Un buon risultato, visto che anche i Piani sanitari nazionali e regionali identificano come prioritaria la promozione dell'attività fisica.

Un risultato frutto di un lavoro iniziato ufficialmente nel 2005 quando, nonostante l'importanza della priorità, i livelli di attività fisica nella popolazione, particolarmente in quella anziana, erano cambiati poco nelle ultime decadi. Quindi l'evidenza scientifica e la sua condivisione a livello di professionisti sanitari e pubblica opinione, anche se necessarie, non erano sufficienti a modificare le abitudini dei cittadini, soprattutto se di età avanzata e con problemi di salute. La Regione Toscana ha cercato, con successo, di intervenire positivamente per facilitare l'accesso a programmi di esercizio fisico anche a quelle persone, anziane e/o con disabilità croniche, che altrimenti non avrebbero avuto opportunità concrete di svolgere attività motorie, creando percorsi adattati alle loro capacità funzionali. È nata così la organizzazione dei programmi di Attività fisica adattata (Afa), iniziata ufficialmente in Toscana nel 2005 e poi strutturata con una specifica delibera di Giunta, la n. 459 del 2009, che approva le linee di indirizzo per uniformare l'attuazione di tali percorsi a livello regionale. Sono state previste due tipologie di programmi Afa: quelli per persone con "bassa disabilità", approntati per le "sindromi croniche che non limitano le capacità motorie

Il bilancio dei corsi Afa 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Enti erogatori	194	261	312	335	381
Palestre/piscine/spazi adattati	316	390	452	553	646
Comuni con almeno 1 corso	131	154	195	205	218
Corsi Afa	744	939	1.140	1.304	1.474
- Bassa disabilità	709	873	1.063	1.201	1.331
- Alta disabilità	35	66	77	103	143
Partecipanti Afa	11.694	14.717	17.822	20.342	22.972
- Bassa disabilità	11.344	13.968	17.008	19.216	21.296
- Alta disabilità	350	749	814	1.126	1.676

Fonte: Regione Toscana

«Sì» DEL CONSIGLIO SANITARIO ALLE LINEE GUIDA

Percorso sperimentale per i trapiantati

Si punta al raggiungimento dell'autonomia nell'esecuzione degli esercizi

Il Consiglio sanitario regionale ha dato parere favorevole alle "Linee di indirizzo regionale per la sperimentazione di percorsi di attività fisica personalizzata per cittadini esclusi dai programmi Afa". Nel parere elaborato dal gruppo di lavoro - consultabile integralmente sul sito www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml - si definisce l'oggetto della sperimentazione, ovvero, si ritiene che nonostante la trasversalità con cui l'esercizio fisico interessa molte patologie cronico-degenerative, tuttavia solo per alcune è attualmente provata l'effettiva efficacia terapeutica, ritenendo opportuno individuare la sperimentazione di un programma di attività fisica personalizzata per i cittadini trapiantati (rene, fegato, cuore) che per natura o gravità delle loro patologie non possono partecipare ai programmi Afa sia per "alta sia per bassa" disabilità.

Il Consiglio, quindi, esprime parere favorevole a dare inizio in via sperimentale a un programma sanitario di attività fisica personalizzata sui soggetti trapiantati per il raggiungimento di una autonomia nella esecuzione degli esercizi fisici. Il gruppo, secondo quanto riporta il parere, ritiene indispensabile che, ove condiviso, il Consiglio sanitario regionale individui un tavolo tecnico che vada a valutare le griglie che saranno proposte dal gruppo di sperimentatori.

di base o la cura del sé" (es. dorso curvo e mal di schiena, menomazioni agli arti inferiori) e quelli per persone con "alta disabilità" dedicate alle "sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata" (es. esiti di ictus cerebrale, malattia di Parkinson). Tali programmi hanno avuto un rapido sviluppo in tutte le Aziende UsL della Regione anche grazie alle sinergie che si sono attivate tra i professionisti aziendali e le associazioni presenti sul territorio vocate alla promozione dell'attività sportiva.

Tornando ai dati, nel 2012, pur essendo assolutamente prevalenti i corsi per "bassa disabilità" rispetto a quelli per "alta disabilità" (rapporto di circa 10 a 1), il numero dei corsi per "alta disabilità" risulta di oltre 4 volte maggiore rispetto al 2008. Era inevitabile che per una attività così innovativa si determinasse, in fase di prima applicazione, una certa variabilità tra le aziende UsL, sia in riferimento alla partecipazione dei cittadini come pure alle modalità di organizzazione stabilita a livello aziendale. Pur con differenze importanti, c'è stata tuttavia una tendenza alla crescita in tutte le Aziende UsL. Si deve segnalare che la distribuzione capillare sul territorio delle sedi Afa facilita l'adesione ai corsi in quanto riduce la distanza dal proprio domicilio e aumenta la condivisione con la propria comunità di questa esperienza.

L'iniziativa toscana e i suoi risultati hanno destato interesse anche fuori dalla Toscana, tanto che nel 2011 il ministero della Salute ha inserito i programmi Afa nel Piano d'indirizzo per la riabilitazione, mutuando molte indicazioni dall'esperienza toscana e specificando che trattasi comunque di attività non sanitaria. Così esperienze Afa sono iniziate, con il coinvolgimento delle locali Aziende sanitarie, anche in altre Regioni italiane.

Francesco Benvenuti
Dipartimento Territorio e fragilità
Asl 11 Empoli

CONTROCANTO

Destruire l'Afa per la bassa cronicità

di Simone Baldi *

«Il movimento fa salute», indica uno slogan della Regione Toscana utilizzato per la campagna di educazione alla salute, ai fini della promozione responsabile di stili di vita capaci di incidere sullo stato di salute individuale e collettivo.

Questo slogan traduce nella sua semplicità l'azione "Move for Health" diventata programma dell'Oms nel

2002. In questo contesto si è inserita l'organizzazione dell'offerta Afa in Toscana, presente in tutto il territorio regionale ma con differenti performance fra le Asl. Alcune Sds/Zone, pur in crescita, non risultano ancora in linea con gli obiettivi regionali. I risultati dell'Afa, pur non supportati da un flusso di da-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Pediatria d'urgenza reingegnerizzata

Approvato dalla Giunta regionale il progetto formativo di simulazione in Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza in collaborazione con l'Aou di Careggi e l'Aou Meyer per l'anno 2013, finanziato con circa 600mila euro. Vengono così definiti il proseguimento del progetto avviato nel 2012, l'introduzione del corso PedTIs, la diffusione del corso Abla, l'avvio del progetto di Network di simulazione pediatrica, l'implementazione del Pediatric trauma system e l'avvio del progetto di reingegnerizzazione del percorso assistenziale del paziente pediatrico traumatizzato. (Delibera n. 190 del 18/03/2013)

Consultorio transgender a Viareggio

Approvato dalla Giunta il "Progetto Consultorio transgenere 2013-2015" della Asl 12 di Viareggio sugli interventi consultoriali per i disturbi dell'identità di genere, con azioni mirate alla prima accoglienza e alla presa in carico multidisciplinare da parte di figure professionali con specifica formazione. Assegnati per il triennio 240mila euro. (Delibera n. 153 del 4/03/2013)

Informiamo i lettori che il prossimo numero del settimanale "Il Sole-24 Ore Sanità Toscana" sarà disponibile on line da martedì 14 maggio 2013.

ALL'INTERNO

Così si impara simulando

A PAG. 2 E 4-5

Maculopatie: rebus di cure

A PAG. 3

Totem all'Elba: primo bilancio

A PAG. 7

MODELLI

Residenze sanitarie assistenziali: concluso il progetto pilota di mappatura



Le Rsa vanno «a bersaglio»

Coinvolte oltre 60 strutture - Valutazione estesa all'intero territorio

Lo scorso 2 aprile 2013, con la presentazione dei bersagli di cinquantuno Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), si è concluso il progetto pilota "Il sistema delle Rsa nella Regione Toscana: mappatura e valutazione", promosso dal Dipartimento regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.

Il progetto, avviato nell'ultimo trimestre del 2011, attua quanto previsto dalla Delibera n. 1044, approvata dalla giunta regionale toscana il 28 novembre 2011, "Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente"

con la quale veniva affidato al Laboratorio MeS, dell'Istituto di Management della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di elaborare un sistema di valutazione multidimensionale delle performance delle Rsa toscane, mutuando dall'esperienza maturata nella valutazione delle Aziende sanitarie. All'iniziativa hanno aderito volontariamente più di 60 Residenze sanitarie assistenziali (21% circa di quelle esistenti in Toscana al 31 dicembre 2011), con sede nei territori di riferimento di tutte le 12 Aziende sanitarie locali. La partecipazione delle strutture pubbliche, facenti capo ad Asl, Comuni e Aziende pubbli-

**Scelti con il Messaggio
gli indicatori
per tutte le attività**

che di servizi alla persona, è stata consistente; il Terzo settore ha partecipato con una buona rappresentanza e il settore del privato profit ha aderito con quattro strutture. Il progetto si è articolato in due fasi; la prima, di mappatura, con lo scopo di raccogliere i dati necessari a supportare l'analisi del contesto e coinvolgere gli attori del sistema. La seconda, di valutazione delle performance, volta a condividere con le Rsa partecipanti alcuni indicatori pilota nell'ottica del benchmarking. Nel corso del primo trimestre 2012, i referenti delle strutture aderenti, con il supporto dei ricercatori del Laboratorio MeS, hanno, dapprima, condiviso un vocabolario comune e individuato le dimensioni del futuro sistema di valutazione: organizzazione dei servizi assistenziali, assi-

stenza socio-sanitaria, valutazione degli utenti (comprensiva della soddisfazione dei parenti), benessere organizzativo (relativo agli operatori), dinamica economico-finanziaria ed efficienza operativa. Per ogni dimensione, quindi, sono stati costruiti gli indicatori pilota (per la dimensione socio-sanitaria, a esempio, ci sono indicatori sulle cadute, sulle ulcere da pressione, sulle infezioni; per la valutazione dell'efficienza economica il costo socio-sanitario per posto letto autorizzato e il tasso di occupazione).

La fase di mappatura, conclusasi nel giugno 2012, ha consentito di delineare le principali caratteristiche delle strutture e di raccogliere dati quali la tipologia dei servizi offerti, le diverse modalità gestionali e di copertura dei servizi, la tipologia di utenti, il numero dei Ccnl applicati agli operatori, le quote sociali in vigore. La seconda fase del progetto è stata avviata nel secondo semestre del 2012 con la realizzazione delle indagini di soddisfazione. Sono stati intervistati, in modalità face to face, 1.692 assistiti e, telefonicamente, 1.013 parenti. Hanno risposto all'indagine di clima interno, tesa a valutare il benessere organizzativo dei lavoratori, 1.494 operatori, pari al 53% di coloro che prestano la loro attività lavorativa nella Rsa. Nell'ultimo mese del 2012 e nel primo trimestre del 2013 sono stati raccolti e analizzati i dati richiesti per la costruzione degli indicatori e del bersaglio di ogni

Rsa. Le criticità emerse e la rilevante variabilità registrata sia in termini di tipologia e di servizi offerti sia, sul versante dei costi, delle quote sociali richieste ai cittadini utenti, sono state analizzate al fine di provarne a definire le determinanti e le eventuali ricadute in termini di equità sui cittadini. Nei prossimi mesi saranno organizzati alcuni incontri per la condivisione dei risultati del progetto e l'estensione del sistema di valutazione ad altre Rsa del territorio toscano.

**Interviste e pareri
da 1.692 assistiti
e 1.494 operatori**

Antonella Rosa
Laboratorio Mess,
Scuola superiore
Sant'Anna di Pisa

NUOVO CENTRO IN COLLABORAZIONE CON UNIVERSITÀ DI FIRENZE, AOU MEYER, REGIONE TOSCANA E HARVARD UNIVERSITY

Careggi: simulazioni avanzate anti-criticità

Il 16 aprile è stato inaugurato il nuovo Centro per la simulazione avanzata in medicina all'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi a Firenze. Il nuovo centro, che ha sede all'interno del Nic (Nuovo ingresso di Careggi), è nato nel 2007, nell'ambito del Laboratorio per la formazione in Sanità (Formas), dalla collaborazione tra l'Università di Firenze, le aziende Careggi e Meyer, la Regione Toscana e la Harvard University di Boston, riunendo le esperienze nel settore della simulazione medica adulta e pediatrica in medicina di emergenza-urgenza sia intra che extraospedaliera.

L'obiettivo del Centro è quello di affinare procedure e abilità tecniche spesso necessarie a salvare la vita dei pazienti in condizioni critiche che, come avviene in pronto soccorso, in una terapia intensiva cardiologica o nel luogo di un incidente, sono essenziali. In passato questo avveniva in anni di esperienza e in condizioni non sempre sufficienti a escludere l'errore a volte fatale. Oggi la medicina di simulazione consente di ricreare situazioni di emergenza in totale sicurezza e la tecnologia riproduce

con assoluta fedeltà gli effetti sull'organismo umano di un trauma o di un infarto, per mezzo di sofisticati manichini con cui sono simulabili le variazioni dei parametri vitali e l'interazione con terapie e procedure rianimatorie. Come per i piloti nei simulatori di volo è possibile inserire variabili inattese per valutare le reazioni degli operatori in condizioni di stress, per imparare, sperimentare nuove tecniche, ridurre i margini di errore e migliorare costantemente la reattività dei professionisti e dei volontari in situazioni di emergenza.

Le attività di simulazione presso l'Aou Careggi sono state attivate nel 2007 con la costituzione di un Centro di simulazione presso Villa Monna Tessa. Qui sono state effettuate diverse attività come le oltre 570 sessioni di simulazione per un totale di più di 2.300 ore di formazione già erogate, coinvolgendo 1.220 medici dell'emergenza-urgenza della Regione Toscana, 34 medici dell'Aou Meyer, 50 medici del master triennale in Medicina di emergenza-urgenza, 80 in-

fermieri dell'Aou Meyer, 80 studenti del corso di laurea in Medicina e chirurgia, 80 studenti del CdL in Scienze infermieristiche, 80 infermieri del Master infermieristico in Medicina di urgenza, 40 medici del master annuale in Medicina di emergenza-urgenza, 186 (56 medici e 130 infermieri) Aouc "Careggi", 55 soccorritori delle Associazioni di volontariato, 4 medici, 8 infermieri e 4 Oss Ospedale di Pescia per simulazione in situ, 4 medici, 8 infermieri e 4 Oss Ospedale di Livorno per simulazione in situ.

Con il nuovo Centro viene data importanza al lavoro degli operatori nel settore dell'emergenza-urgenza, che devono avere una formazione tecnico-professionale adeguata, una comunicazione corretta, una forte capacità di lavorare in team. Grazie alle simulazioni svolte fino a oggi sono stati introdotti i concetti di Crisis resource management (Crm) con risultati giudicati estremamente positivi da tutti i discenti (medici, infermieri, volontari, studenti del corso di laurea in Medicina e del corso di laurea in

Infermieristica). A marzo 2012 le attività di simulazione sono state implementate con l'apertura del nuovo Center for Advanced Simulation in Medicine del Dipartimento interistituzionale integrato dotato di un simulatore high-fidelity wireless che ne consente lo spostamento in qualsiasi ambiente.

Il potenziamento del Centro è da ritenersi altamente strategico in quanto potrebbe diventare il Centro di riferimento della Regione Toscana per le attività di Crm. La recente introduzione di personale multidisciplinare (medici, infermieri, soccorritori volontari) nel corso delle sedute di simulazione ha aumentato le aspettative dei partecipanti con la richiesta di simulazioni "in situ" nel proprio ambiente lavorativo (pronto soccorso e territorio). Viene creata così la condizione ottimale per addestrare gli operatori sanitari alla gestione di condizioni cliniche in totale sicurezza per i pazienti, grazie alla ricostruzione di situazioni estremamente verosimili. A conferma di questo interesse,

l'utilizzo di tecniche di simulazione nella formazione veniva promosso già nel 2006 dalla Regione Toscana (Delibera n. 225 del 03/04/2006) che identificava nella formazione attraverso simulatori in scala reale uno strumento utile per imparare ed esercitarsi nell'applicazione di protocolli e procedure, e identifica nella simulazione una tecnica avanzata di formazione in Medicina rivolta alla creazione di specifici scenari clinici per valutare la capacità degli operatori anche in condizioni di estrema difficoltà. Questa attenzione però è stata recentemente confermata con una delibera che dà le linee di indirizzo per la formazione in simulazione, costituendo una rete che colleghi in modo coordinato i vari centri e laboratori di simulazione che sono sorti negli ultimi anni, per garantire gli standard formativi. La delibera si prefigge anche di presentare la Toscana come «piattaforma formativa in simulazione» per professionisti, italiani ed europei, che possano vedere la Toscana come una rete formativa plurispecialistica.

Roberto Tatulli

DOCUMENTO A PAG. 4-5

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ti omogeneo e strutturato, sono entrati a far parte del Bersaglio della valutazione delle performance per le aziende sanitarie e come requisito specifico per l'accreditamento istituzionale del Percorso cure primarie.

Ma le aziende sanitarie hanno in mano tutte le leve per poter agire direttamente sulla performance dell'Afa nel proprio territorio? In realtà gli attori che intervengono a garantire il flusso delle persone verso questa attività sono eterogenei e appartengono solo in piccola parte all'organizzazione delle aziende sanitarie, e il sistema dei Provider dell'offerta Afa attinge essenzialmente al settore delle attività ludico-motorie, sportive e dell'associativismo sociale, e ad organizzazioni impegnate anche in

altre tipologie di offerta di attività fisica, promosse da diversi enti e/o Associazioni, e rivolte a un target che può risultare sovrapponibile a quello indicato per le Afa.

Le Afa si vanno quindi ad affiancare ad altre proposte presenti nei territori, risultando in alcuni casi alternative, se non palesemente concorrenziali, anche in termini di costo/ricavo. Inoltre le modalità d'invio all'Afa, definite dalla delibera Gr n. 459 del 2009, registrano ancora una significativa variabilità di comportamenti fra le Asl.

Esistono oggi significative esperienze che possono arricchire il progetto Afa, quali i gruppi di cammino organizzati per percorsi a impegno differenziato e altre iniziative di movimento: le persone rispondono alle proposte di attivi-

tà che contemplano l'impegno motorio sostenuto da quello socializzante e ludico, e l'Oms indica come obiettivo l'assunzione di stili di vita dove l'attività fisica risulti significativa e costante, in qualsiasi tipo di organizzazione venga svolta. È forse il momento di rivedere l'organizzazione Afa regionale, rendendola meno strutturata e più diretta per la bassa disabilità, mantenendo invece per le condizioni di cronicità a maggior criticità funzionale la modalità organizzativa più strutturata, coordinata dai servizi delle Asl. Il movimento fa salute indipendentemente da come lo si chiami.

* Dirigente Area professionale della riabilitazione Azienda 10 Firenze

Il movimento è l'antidoto... (segue dalla prima pagina)

cilitare e incentivare la partecipazione di cittadini con patologie croniche che da soli non modificherebbero il proprio stile di vita sedentario.

La Regione Toscana, nel designare la propria strategia di intervento (delibere Gr n. 595/2005 e Gr n. 459/2009), ha coinvolto anche le realtà territoriali, quali le organizzazioni sindacali confederali, i sindacati dei pensionati e gli enti di promozione sportiva per promuovere e incentivare sul territorio lo sviluppo dell'Afa.

È stato sviluppato, a livello di Asl o Sds, un sistema di coordinamento e di controllo di qualità e sicurezza dei programmi Afa e sono stati promossi programmi Afa adattati per soggetti con "alto" e "basso" grado di disabilità, per differenziare gli interventi adattandoli alle caratteristiche di "abilità" delle persone che

aderiscono. I costi delle attività Afa, non essendo attività sanitarie, sono a carico degli utenti, ma la Regione ha concordato con gli erogatori tariffe molto ridotte (circa 2 € per ora), al fine di rimuovere le barriere economiche, spesso segnalate come ostacolo alla partecipazione. L'Afa è svolta in gruppi di 15-20 partecipanti, per coprire i costi di insegnante e struttura. Il pagamento avviene non per seduta ma per mese. I costi di coordinamento sono a carico delle Asl e non delle strutture erogatrici. Vengono inoltre organizzati numerosi eventi pubblici di promozione rivolti ai cittadini, tra i quali, oramai da alcuni anni, un "Afa day" primaverile, cui partecipano migliaia di cittadini.

* Settore Servizi alla persona sul territorio Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Due farmaci intrappolati tra sostenibilità, off-label e pratica clinica

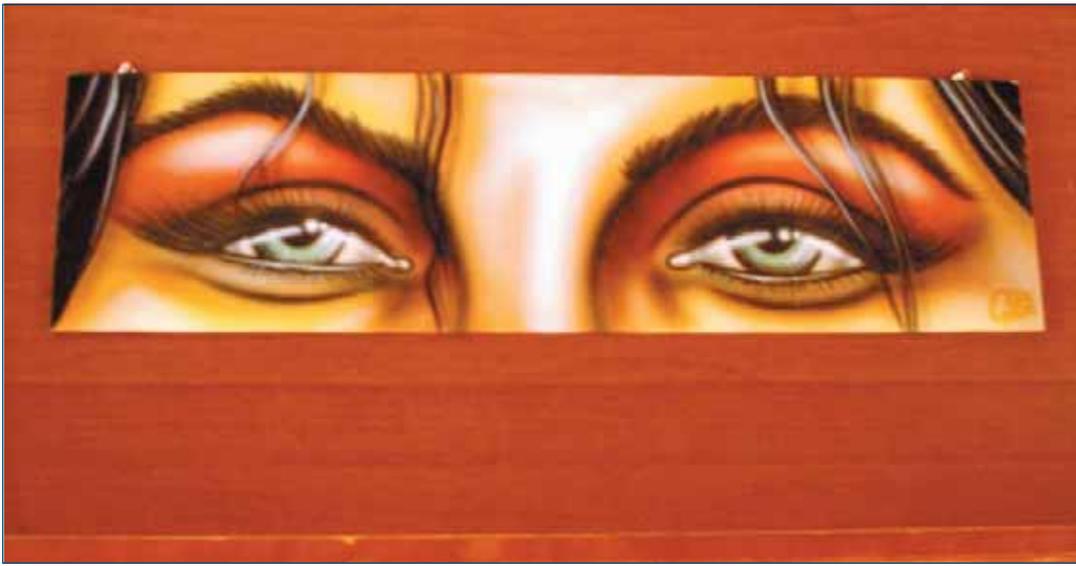
Quando vederoci costa caro



Degenerazione maculare: terapie efficaci ma con oneri troppo diversi

I trattamenti farmacologici per la degenerazione maculare rientrano tra i più importanti recenti successi della medicina. Come spiegano Ning Cheung e colleghi, grazie ai farmaci anti-fattori di crescita vascolare endoteliale (anti-Vegf) si sta preservando e recuperando la visione in milioni di persone nel mondo. In questo articolo presentiamo il caso pratico e attuale di farmaci con un prezzo troppo alto per essere utilizzabili dai vari Sistemi sanitari per tutte le persone che ne hanno e ne avranno bisogno. È un argomento complesso che riguarda due nuovi farmaci per il trattamento della degenerazione maculare e in particolare nella forma legata all'età (Amd) i quali, alla luce delle evidenze a oggi disponibili, sembrano essere entrambi efficaci e sicuri, ma con costi molto differenti per i sistemi sanitari. In realtà quello che succede attualmente è che questo importante progresso clinico e terapeutico sta venendo offuscato dalla disputa negativa tra Avastin (bevacizumab) e Lucentis (ranibizumab) e sta portando all'attenzione e alla critica pubblica mondiale il sistema globale di ricerca, sviluppo, licenza e marketing dei farmaci.

Genetech, azienda farmaceutica americana, anni fa mise a punto un anticorpo monoclonale per la cura del cancro del colon il cui brevetto è stato venduto a Roche. Successivamente con l'utilizzo di Avastin nella normale pratica clinica si è dimostrato che il farmaco era efficace in altre forme di cancro come polmone, mammella, rene e in alcuni tumori cerebrali. Durante l'utilizzo è stato evidenziato un effetto secondario: tutti i pazienti trattati per il cancro affetti anche da maculopatia avevano un notevole miglioramento dell'acuità visiva. Roche non ha mai chiesto l'allargamento delle indicazioni agli organismi regolatori come già fatto per



le altre indicazioni; le motivazioni possono essere diverse e tra queste probabilmente anche il costo che avrebbe avuto la terapia. Il dosaggio previsto per uso onco-

logico va dai 5 ai 15 mg/Kg con un costo intorno ai 3,36 euro a mg, il dosaggio oculistico di Avastin è circa 1 mg pari a un costo di 3-4 euro. Considerando che

l'Amd è una malattia che ha un'incidenza nella popolazione tra i 75-85 anni dal 5 e 10%, immettere sul mercato una specialità con Aic (autorizzazione im-

missione in commercio) per la cura dell'Amd a soli 20 euro non conviene a nessuno. Genetech invece ha sviluppato una molecola molto simile ad Avastin e ha venduto il brevetto questa volta a Novartis. Novartis lo ha registrato con il nome Lucentis per la cura dell'Amd.

Le evidenze scientifiche. I risultati degli studi clinici randomizzati Catt (1-2) pubblicati sul New England 2011 e Ophthalmology 2012 hanno dimostrato che la terapia a lungo termine porta a un miglioramento importante e duraturo nella visione per entrambi i farmaci.

Il miglioramento della visione con questi due farmaci è stato straordinario, ma ancora più sorprendente è stata la dimostrazione che le due molecole hanno la stessa efficacia clinica. Parliamo di uno studio clinico randomizzato (Catt 1) condotto su 1.208 pazienti affetti da maculopatia degenerativa legata all'età, mentre gli studi registrativi di Lucentis per la Amd, studio Marina e studio Anchor, sono stati condotti rispettivamente su 716 e su 423 pazienti. Lo studio ha avuto un'estensione, i cui risultati, pubblicati nel Catt 2 su Ophthalmology a marzo 2012, confermano i risultati del Catt 1. A due anni, due terzi dei pazienti hanno raggiunto la visione per la guida (visione 20/40 o migliore). A differenza di quanto accade normalmente nel mondo scientifico, oggi la difficoltà sembra quella di trasferire nella pratica clinica i risultati dei trial clinici disponibili.

Pagina a cura di
Roberto Banfi, Francesco Attanasio, Nadia Palazzi, Silvia Colombini, Tiziana Falai, Michele Cecchi
Farmacia interna dell'Aou Careggi
Gianni Virgili
Staff Direzione sanitaria dell'Aou Careggi

La scelta cruciale (e disperata) per la sostenibilità delle cure

Collegli greci ci dicono che farmaci innovativi non vengono immessi sul mercato o vengono ritirati. Ci dicono di pazienti affetti da Amd o da retinopatia diabetica che, pur avendo necessità del trattamento con farmaci anti-Vegf, non possono affrontare la spesa delle iniezioni mensili di Lucentis. Allora il dilemma è se trattare questi pazienti con un trattamento off-label sostenibile, oppure non trattarli. E questa è una scelta che ancora una volta, e sempre più spesso, riguarda l'etica, la sostenibilità e la farmacologia sociale piuttosto che la farmacologia clinica. Un problema di sostenibilità e di accessibilità alle cure per i Sistemi sanitari pubblici.

Nella opinione pubblica sta crescendo una posizione consapevole e critica riguardo al caso della approvazione di Avastin-bevacizumab per questa indicazione, nonostante la resistenza delle aziende farmaceutiche. Alcuni ricercatori indipendenti inoltre sono convinti che, quando gli interessi commerciali contrastano con le aspettative di salute pubblica, le Autorità regolatorie

come l'European medicine agency (Ema), per mezzo di procedure centralizzate o le agenzie nazionali con procedure locali, possano autorizzare le indicazioni che soddisfano al meglio i bisogni dei pazienti e del Sistema sanitario stesso, in modo efficace, sicuro e a minor costo. Le autorità sanitarie spesso in passato sono state prudenti rispetto all'uso off-label dei farmaci e ora sembra difficile o controcorrente cambiare atteggiamento e trovare una soluzione ragionevole ed equilibrata. In definitiva, sembra che dopo 5 anni di discussioni, siamo ancora lontani dalla conclusione ed è necessario e urgente un cambio di filosofia, trovare una terza via che può essere anche un nuovo modo di contrattare il costo dei farmaci. Allora possiamo solo essere d'accordo con alcuni colleghi inglesi che, citando Shakespeare, hanno dato la corretta interpretazione, o soluzione, del problema: needs must or devil drives? (a volte bisogna fare delle cose che non si vorrebbero, ma che, in casi disperati, è necessario fare).

LA CRISI POTREBBE PORTARE A MECCANISMI DI TRIAGE CLINICO E DI ESITO ESCLUDENDO MOLTI PAZIENTI DALLA TERAPIA

L'utilizzo off-label (indicazione non inclusa in scheda tecnica) dei farmaci è legalmente permesso in Nord America, Europa e Asia ed è una pratica comunemente accettata, quando necessaria e utile, sia dai medici che dalle istituzioni sanitarie, e anche da alcune assicurazioni. L'Italia è un paese in cui la prescrizione off-label è permessa da leggi nazionali e regionali anche sulle basi di prime evidenze scientifiche, sia in assenza che in presenza di farmaci registrati per le medesime indicazioni; questa procedura è considerata anche un modo per migliorare le conoscenze e offrire più precocemente nuove terapie ai pazienti che ne hanno bisogno. Nel Sistema sanitario nazionale (Ssn) tutte le persone che hanno le indicazioni per la terapia con anti-Vegf, potrebbero ricevere Lucentis, ma i costi per il sistema diventerebbero non sostenibili, e potrebbero portare a una limitazione quantitativa dei trattamenti stessi o dei pazienti trattati.

La popolazione italiana, come quella mondiale, sta diventando sem-

Allerta totale sul rischio di "non trattamento"

pre più anziana e l'incidenza della Amd aumenta. Questa patologia, insieme con l'edema maculare diabetico (Dmo) diventerà un problema urgente per i sistemi sanitari. Oggi, in Italia e nel mondo, stiamo vivendo e lavorando in un periodo di grande pressione economica e c'è un pericolo reale che possa subentrare qualche sistema di razionamento e di triage clinico e di esito, come a esempio, trattare solo i pazienti che abbiano concrete possibilità di miglioramento. A quel punto l'alternativa al farmaco anti-Vegf, potrebbe essere il non trattamento. La Regione Emilia-Romagna con una specifica delibera ha autorizzato gli oftalmologi della propria Regione all'utilizzo di Avastin per la Amd anche laddove ci fossero le indicazioni per utilizzare Lucentis. Novartis ha presentato ricorso al Tar, vincendolo e chiedendo i danni causati da tale delibera. Questo ha fatto da monito ad altre Regioni che si accin-

gevano a seguire la strada percorsa dall'Emilia Romagna.

In un periodo di risorse economiche definite, per offrire la possibilità del trattamento a un numero maggiore di pazienti, molti ospedali e strutture sanitarie in Italia e all'estero, stanno valutando la possibilità di autorizzare gli oculisti all'utilizzo off-label dell'Avastin per l'Amd, nonostante Lucentis sia autorizzato dell'indicazione ministeriale per l'Amd. È seccante che per alcuni vincoli normativi, peraltro non cogenti, il Ssn non possa utilizzare il meno costoso ma altrettanto efficace bevacizumab (Avastin, Roche) invece del ranibizumab (Lucentis, Novartis), solo perché il titolare della autorizzazione all'immissione in commercio di Avastin non ritiene di estendere le indicazioni anche ad Amd.

Ci sorprende poi che cinque anni di dibattito sull'utilizzo di Avastin versus Lucentis non abbiano ancora

portato a una conclusione. Persino nella prima stesura dell'ultimo decreto Balduzzi, nell'articolo 11, comma 3, si autorizzava l'uso di farmaci con indicazione off label se il corrispettivo con indicazione registrata aveva un costo superiore del 50% rispetto al farmaco off label. Questo è il caso classico del comportamento industriale nel caso in cui la richiesta di nuova indicazione sia onerosa e non abbia un ritorno economico forte. Una stima eseguita in Uk basata su circa 25.000 nuovi casi di Amd neovascolare in un anno ha evidenziato che il trattamento con ranibizumab (Lucentis) costerebbe circa 300 milioni di sterline. La sostituzione globale con bevacizumab (Avastin) avrebbe fatto risparmiare al sistema 292 milioni di sterline, ma cosa più importante in previsione di nuove indicazioni di Lucentis, avrebbe offerto l'opportunità di trattare molti più pazienti. In Italia la prescrizione di Lucentis a carico

del Ssn è possibile previo inserimento di dati clinici (diagnosi e follow up) per singolo paziente in un registro Web based Aifa. In tale registro a oggi sono stati arruolati quasi 37.000 pazienti dal gennaio 2009 a oggi; 3.414 di questi sono stati arruolati negli ospedali toscani.

La possibilità di trattare con Avastin - bevacizumab i pazienti con indicazioni off label per Lucentis oltre a essere una fonte di risparmio, è una grande opportunità terapeutica per pazienti che altrimenti non potrebbero ricevere nessuna terapia; parliamo di patologie che se non trattate in 6-24 mesi portano all'invalidità permanente.

Il ragionamento logico da fare, non è quindi solo puramente economico sul denaro risparmiato, ma sulla opportunità che stiamo sprecando, cioè quella di offrire ai pazienti e al sistema un maggior numero di trattamenti; e questa è un'unità di misura che attiene all'etica piuttosto che all'economia, cioè misura l'offerta sostenibile di salute.

DOCUMENTI

La Giunta regionale ha approvato le «linee di indirizzo per la formazione in simulazione» che integrano le altre metodologie più tradizionali e diffuse

Medici e professioni: si impara meglio simulando

Coordinamento al laboratorio regionale Formas del Careggi - Previsti la frequenza continua nelle Unità operative e il confronto col paziente

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 254 del 15 aprile della Giunta regionale su «Linee di indirizzo per la formazione in simulazione»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare l'allegato A "Linee di indirizzo per la formazione in simulazione" parte integrante e sostanziale della presente delibera;

2. di dare mandato al Dirigente del Settore Ricerca, innovazione e risorse umane della Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale di formalizzare, con proprio atto, il gruppo di lavoro sulla formazione in simulazione, prevedendone i seguenti compiti:

a) valutare gli investimenti delle Aziende sanitarie toscane nella formazione in simulazione;

b) monitorare l'attività dei centri di formazione in simulazione;

c) promuovere l'attivazione delle linee di indirizzo sulla formazione in simulazione nel Ssn;

3. di dare mandato al Laboratorio regionale per la Formazione sanitaria (Formas), funzionalmente incardinato nell'Aou Careggi, come previsto dalla Dgr 538/2006, di svolgere una funzione di coordinamento dei centri di formazione in simulazione e di sviluppare il loro percorso di accreditamento tenendo informato il gruppo di lavoro;

LINEE DI INDIRIZZO PER LA FORMAZIONE IN SIMULAZIONE - PREMESSA

La Toscana intende fare sistema su una frontiera formativa e tecnologica quale quella rappresentata dalla simulazione in medicina. Si tratta in effetti di realizzare una duplice funzione di governo: a) evitare investimenti senza una strategia quadro che punti piuttosto a evitare duplicazioni e a realizzare specializzazioni che valorizzino, integrino e ulteriormente sviluppino le esperienze già in atto e a partire da questa mappatura consentano di fare investimenti mirati a colmare eventuali lacune tecnologiche o specialistiche, sperimentando al massimo le innovazioni presenti al momento nel settore; b) presentare la Toscana come "piattaforma formativa in simulazione" per professionisti, italiani ed europei, che possa-

no avere la Toscana come una rete formativa plurispecialistica, consentendogli, per un dato periodo di tempo, secondo un circuito ben organizzato e multipolare, di sviluppare il proprio sapere e le proprie abilità e competenze.

La simulazione è un metodo formativo che ha piena applicazione in ambito sanitario e che affianca altre metodologie di formazione più tradizionali e diffuse. La simulazione è una modalità di formazione interattiva, che coinvolge in prima persona il discente e lo rende protagonista e partecipe della propria formazione. In uno scenario caratterizzato da sempre maggiore complessità, sia nella tipologia dei pazienti che nell'ampia disponibilità di terapie e procedure, la simulazione offre le condizioni per migliorare i tempi e le modalità di apprendimento.

Tale metodologia, inoltre, valorizza la capacità di lavorare in team necessaria in molte aree specialistiche, consentendo la possibilità di individuare gli errori, facendone un'occasione di analisi e di crescita per tutte le figure professionali sanitarie fino a includere anche il personale laico.

Numerose esperienze, sviluppate anche in Regione Toscana, hanno dimostrato come la simulazione sia in grado di coinvolgere i team professionali (soccorritori laici, studenti dei corsi di laurea in Medicina e chirurgia, Scienze infermieristiche e dei CcdL delle Professioni sanitarie, infermieri, medici in formazione, medici specialisti) nella rivalutazione critica sia dei comportamenti (non-technical skills) che nelle competenze professionali (technical skills) al fine di incrementare l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza dell'intervento sanitario in condizioni di stress o rare o particolarmente difficoltose.

L'interesse per questa modalità formativa è ormai diffuso e la Regione Toscana, che aveva già introdotto con delibera Grt n. 225/2006 la simulazione fra le metodologie formative raccomandate per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, intende farsi promotrice della costituzione di una rete che colleghi in modo coordinato i vari centri e laboratori di simulazione che sono sorti negli ultimi anni al fine di garantirne gli standard formativi. Con la delibera Grt n. 599/2012 "La formazione in simulazione si sta affermando come uno strumento importante per garantire la massima sicurezza nei processi diagnostici e terapeutici e il Formas è individuato come la sede per lo sviluppo e la modellizzazione della formazione in simulazione per la Regione Toscana con l'obiettivo di essere un riferimento per le Aziende sanitarie toscane, offrire un importante momento formativo ai professionisti toscani, fare sistema sulla formazione e ottimizzare le risorse disponibili".

A questo scopo è necessario sviluppare una rete che assicuri il coordinamento delle attività formative regionali tramite simulazione favorendo la collaborazione permanente tra i vari centri e una diversificazione della proposta formativa. In considerazione dei costi elevati che comportano le tecnologie più avanzate di simulazione e la formazione del personale qualificato dei centri, è necessario inoltre prevedere uno sviluppo della rete su più livelli anche al fine di garantire piena utilizzazione della strumentazione e continuità formativa.

2. **Caratteristiche dei programmi di simulazione**
La simulazione, quale metodo di formazione e apprendimento di technical e non-technical skills, presenta molteplici differenti

possibilità di applicazione in campo sanitario. I sistemi di addestramento utilizzati in simulazione con cui lo studente in medicina, di infermieristica, o di altre professioni sanitarie, il medico, l'infermiere o altro professionista sanitario nel suo percorso di formazione e/o di aggiornamento e i volontari laici si confrontano è composto da un'ampia gamma di strumenti tecnologici comprensivi di "task-trainers" per l'esercizio di specifiche technical skills (es. l'intubazione oro-tracheale) fino ai simulatori "high-fidelity" in grado di riprodurre funzioni e alterazioni fisiologiche o patologiche multisistemiche dell'organismo umano (tabella 1).

La simulazione nella formazione dello studente in Medicina

- **Identificazione degli obiettivi formativi**
Il programma di studi del corso di laurea in Medicina e chirurgia prevede l'integrazione delle lezioni teoriche con periodi di tirocinio pratico presso i reparti di degenza ospedaliera.

L'obiettivo formativo è l'acquisizione delle conoscenze a ogni note nel campo dell'anatomia, fisiologia e patologia umana al fine di familiarizzare con i processi diagnostici e terapeutici per la preparazione alla professione del medico.

- **Programma di formazione**
La frequenza in reparti di degenza consente allo studente di essere esposto più o meno direttamente alla valutazione semeiologica e di confronto con la fisiologia umana e la disfunzione fisiopatologia della malattia. L'esposizione quantitativa e qualitativa alla patologia è tuttavia limitata alla varietà di condizioni patologiche presenti nelle degenze ospedaliere ed è condizionata dall'impossibilità per ciascuno studente di usufruire di un apprendimento standardizzato e uniforme derivante dalla visita diretta al paziente e dall'osservazione della gestione delle situazioni cliniche da parte degli operatori del sistema.

- **Integrazione della simulazione**
L'integrazione di programmi di simulazione nel corso di studio per il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia offre allo studente in Medicina l'opportunità di confrontarsi con simulatori ad alta fedeltà relativamente alla rappresentazione della semeiotica e alla riproduzione delle funzioni dell'organismo umano sano.

Lo studente ha a disposizione un apparato tecnologico da poter utilizzare un numero indefinito di volte a differenza dell'esercizio di semeiotica direttamente sul paziente. L'esercizio con il simulatore implica inoltre la possibilità di stabilire, attraverso verifiche programmate, criteri di uniformità di apprendimento e standard qualitativi di preparazione in ambito medico.

Il processo formativo attraverso il role-playing di scenari clinici simulati prevede che lo studente sia nella condizione di misurarsi con le dinamiche di approccio al paziente e di interazione con i suoi colleghi, il personale di reparto e/o i suoi tutori.

La simulazione nella formazione del medico specialista

- **Identificazione degli obiettivi formativi**
Obiettivo del programma di formazione del medico specialista è il conseguimento di una preparazione teorico-pratica esaustiva nella disciplina di competenza specifica. Al medico specialista è richiesta non soltanto la conoscenza teorica prevalentemente della sua disciplina di appartenenza ma anche e soprattutto la capacità di trasferimento delle sue competenze mediche generali e specialistiche nella cura delle patologie e nella gestione dei casi clinici a complessità variabile sia in elezione che in situazioni critiche e di emergenza.

- **Programma di formazione**

Il programma di formazione delle Scuole di specializzazione prevede la frequenza continuativa da parte del medico in formazione all'interno dell'Unità operativa di pertinenza e in quelle delle discipline affini. Il medico in formazione è esposto direttamente al confronto con il paziente, è direttamente coinvolto nel processo decisionale diagnostico-terapeutico, è spesso chiamato ad assolvere compiti complessi quali procedure invasive in assenza di un preliminare processo di apprendimento standardizzato e sottoposto ad adeguate verifiche. L'attività clinica del medico in formazione prevede la supervisione teorica e il feedback da parte di un tutor non costantemente né necessariamente presente durante tutto il periodo di svolgimento della stessa, la sua attuazione è prevalentemente subordinata alla preparazione teorica del medico, al grado di esposizione quali/quantitativa alle situazioni cliniche e alle procedure diagnostiche e terapeutiche e certamente per le discipline chirurgiche alla possibilità di coinvolgimento diretto nella esecuzione di interventi chirurgici a complessità crescente.

- **Integrazione della simulazione**

La formazione medica basata sull'esercizio delle competenze direttamente sul paziente è, per motivi etici e di efficacia di apprendimento, spesso problematica e limitata. La competenza e l'abilità nell'esecuzione di procedure complesse e/o invasive richiedono la conoscenza teorica e l'addestramento pratico che non è possibile condurre sul paziente in condizioni di assenza di rischio. L'integrazione della simulazione di task-training nel processo di formazione dello specialista consente l'esercizio dedicato e guidato all'esecuzione di procedure complesse che possono essere effettuate in condizioni di totale rispondenza con la realtà e in assoluta assenza di rischio per il paziente.

L'integrazione della simulazione di scenari clinici nel programma di formazione dello specialista rappresenta un'opportunità di esperienza diretta di management dei casi clinici. Il discente è esposto a situazioni a complessità clinica variabile laddove lo svolgimento dello scenario implica l'attuazione delle dinamiche di relazione e delle competenze tecniche analogamente alla vita reale.

Lo scenario clinico simulato è il contesto ideale per:

1. la standardizzazione delle azioni mediche nella gestione delle emergenze in condizioni di assenza di rischio per il paziente;

2. la definizione di algoritmi gestionali che vengono meglio recepiti e assimilati con l'interattività.

La conoscenza conseguita attraverso la simulazione è basata sull'apprendimento interattivo, rispondente ai requisiti di apprendimento dell'adulto, ed è sostanziata dall'analisi a confronto e dalla critica costruttiva che associati alla revisione delle proprie azioni contribuiscono a rendere fluido e deciso il percorso diagnostico-terapeutico nella pratica clinica reale.

La simulazione nella formazione del Medico di medicina generale

- **Identificazione degli obiettivi formativi**

Obiettivo del programma teorico-pratico triennale di formazione del Medico di medicina generale è il conseguimento delle capacità cliniche, metodologiche, relazionali e organizzative per la gestione del paziente, secondo quanto previsto dalle Linee Guida Wonca 2002. La preparazione clinica è trasversale alle diverse discipline specialistiche della medicina, ma reinterpretata alla luce dell'esperienza della medicina generale.

Al medico di medicina generale è richiesta la capacità di relazionarsi al paziente, interpretare la sua domanda e utilizzare le sue competenze cliniche per la corretta ed efficace gestione del caso.

Competenze inoltre sempre più rilevanti sono anche quelle manageriali, che mettono in grado il medico di operare efficacemente entro le Aft (associazioni funzionali territoriali) recentemente introdotte in Toscana, ambulatori integrati multidisciplinari operativi 24h, che porteranno un grande cambiamento nell'assistenza erogata ai cittadini e quindi anche nelle attività del medico di Mg.

- **Programma di formazione**

Il programma di formazione regionale è attualmente articolato, su base triennale, per la parte teorica, in seminari e sessioni di confronto con i docenti e i coordinatori (680 ore), integrati da sessioni di ricerca (110 ore), per complessive 1.200 ore nel triennio. La parte pratica, invece, di 3.600 ore complessive, si articola in periodi di tirocinio che vanno dai 6 mesi + 6 mesi presso un Medico di medicina generale (tutor) alle strutture distrettuali delle Asl (6 mesi), alle unità di Chirurgia generale (3 mesi) e pronto soccorso (3 mesi), alla Medicina interna (6 mesi), alla Pediatria (4 mesi) e Ginecologia-ostetricia (2 mesi).

- **Integrazione della simulazione**

Il valore aggiunto che la simulazione può portare alla formazione del Medico di medicina generale è indubbiamente molto alto e consente di sperimentare o di reinterpretare, in un ambiente diverso e con strumentazione diversa, le esperienze cliniche e relazionali che il medico si trova ad affrontare durante le fasi pratiche del suo percorso. L'approccio al paziente, l'interpretazione della domanda e la sua gestione, gli esami clinici, la presa in carico e/o l'informazione sono momenti tipici della esperienza del medico di Mg e sono tutti momenti che possono essere supportati da un'attività in simulazione.

Per integrarla nel tirocinio, è necessario sviluppare/acquistare software specifici per la medicina generale, metterli a disposizione dei docenti e soprattutto dei coordinatori, il ruolo più indicato per gestire l'interazione con le esperienze concrete vissute dai medici durante le attività pratiche, individualmente e in gruppo: in pratica si tratta di avviare un nuovo ambiente formativo, accanto a quelli consolidati della pratica e della teoria, che attinge da entrambi e che può contribuire ad arricchirli entrambi.

La simulazione nella formazione di personale sanitario infermieristico

- **Identificazione degli obiettivi formativi**
Obiettivo della formazione del personale infermieristico è l'acquisizione di competenze tecniche specifiche e in ambito assistenziale generale. L'infermiere ha il compito di individuare i bisogni di assistenza infermieristica della persona, di erogare interventi efficaci e di inserire il proprio operato all'interno di un intervento multidisciplinare.

La formazione deve garantire la preparazione di personale competente, in grado di assumersi piena responsabilità della qualità dei servizi forniti e di prendere decisioni adeguate e diversificate per ogni assistito personalizzando l'assistenza infermieristica. Obiettivo principale dell'assistenza professionale infermieristica è infatti la centralità della persona assistita.

La simulazione nella Educazione continua in medicina (Ecm)

- **Identificazione degli obiettivi formativi**

Gli obiettivi della formazione continua degli operatori sanitari corrispondono alla necessità professionale di aggiornamento e revisione delle competenze e delle "abitudini" operative condizionate dal sistema e dalle realtà individuali.

- **Programma di formazione**
Il sistema di Educazione continua in medicina riconosce modalità diverse per l'acquisizione e l'aggiornamento delle competenze: dalle lezioni frontali alle comunicazioni in Congressi, Convegni, Seminari, ma anche la formazione a distanza, gli stage e i tirocini. In questo contesto si inserisce a pieno titolo la simulazione come modalità formativa che consente la revisione delle conoscenze tecniche e delle modalità di applicazione nella pratica clinica delle stesse attraverso il role-playing, così come la familiarizzazione con modalità diagnostico-terapeutiche non abituali e/o innovative non apprese nel corso degli studi, ma anche il miglioramento delle dinamiche di lavoro in team attraverso un'adeguata definizione dei ruoli e distribuzione dei carichi di lavoro.

- **Integrazione della simulazione**

La simulazione in medicina generale è richiesta a professionisti della Sanità è richiesto un elevato grado di conoscenza e di competenza tecnica, la "non conoscenza" e/o

► (segue da pagina 4)

ning individuale per procedure strumentali invasive dalla venopuntura alla caterizzazione del paziente con la possibilità di esercitarsi un numero indefinito di volte in condizioni di assoluta assenza di disagio e/o rischio per il paziente.

La simulazione di scenari clinici complessi consente inoltre di creare e migliorare le dinamiche di interazione infermiere-medico, infermiere volontario e infermiere-medico-volontario-paziente attraverso l'adeguamento della distribuzione dei ruoli e lo svolgimento dei compiti assistenziali nel rispetto delle competenze.

La simulazione nella formazione del personale delle professioni sanitarie

- **Identificazione degli obiettivi formativi**
Obiettivo della formazione del personale sanitario è l'acquisizione di competenze tecnico specifiche e in ambito assistenziale generale. Il professionista sanitario ha il compito di individuare i bisogni di assistenza della persona, di erogare interventi efficaci e di inserire il proprio operato all'interno di un intervento multidisciplinare. La formazione deve garantire la preparazione di personale competente, in grado di assumersi piena responsabilità della qualità dei servizi forniti e di prendere decisioni adeguate e diversificate per ogni assistito personalizzando l'assistenza in relazione alla specificità professionale. Obiettivo principale dell'assistenza è infatti la centralità della persona assistita.

- **Programma di formazione**
Le lauree delle professioni sanitarie consentono agli studenti di conseguire conoscenza e padronanza di metodi e contenuti scientifici generali e particolari per l'assistenza e la cura del paziente. La laurea fornisce altresì agli studenti una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità.

- **Integrazione della simulazione**

L'integrazione della simulazione nei programmi di formazione convenzionali rappresenta l'opportunità di training individuale per procedure strumentali e/o manuali con la possibilità di esercitarsi un numero indefinito di volte in condizioni di assoluta assenza di disagio e/o rischio per il paziente. La simulazione di scenari clinici complessi consente inoltre di creare e migliorare le dinamiche di interazione fra professionisti, volontari e paziente/i attraverso l'adeguamento della distribuzione dei ruoli e lo svolgimento dei compiti assistenziali nel rispetto delle competenze.

La simulazione nella Educazione continua in medicina (Ecm)
- **Identificazione degli obiettivi formativi**
Gli obiettivi della formazione continua degli operatori sanitari corrispondono alla necessità professionale di aggiornamento e revisione delle competenze e delle "abitudini" operative condizionate dal sistema e dalle realtà individuali.

- **Programma di formazione**
Il sistema di Educazione continua in medicina riconosce modalità diverse per l'acquisizione e l'aggiornamento delle competenze: dalle lezioni frontali alle comunicazioni in Congressi, Convegni, Seminari, ma anche la formazione a distanza, gli stage e i tirocini. In questo contesto si inserisce a pieno titolo la simulazione come modalità formativa che consente la revisione delle conoscenze tecniche e delle modalità di applicazione nella pratica clinica delle stesse attraverso il role-playing, così come la familiarizzazione con modalità diagnostico-terapeutiche non abituali e/o innovative non apprese nel corso degli studi, ma anche il miglioramento delle dinamiche di lavoro in team attraverso un'adeguata definizione dei ruoli e distribuzione dei carichi di lavoro.

- **Integrazione della simulazione**

La simulazione in medicina generale è richiesta a professionisti della Sanità è richiesto un elevato grado di conoscenza e di competenza tecnica, la "non conoscenza" e/o

l'omissione di pratiche diagnostiche e terapeutiche, qualora vi sia l'indicazione, configurano responsabilità specifiche.

Le attività di medici, infermieri e professionisti sanitari spesso si svolgono in condizioni di stress emotivo e in situazioni di emergenza a elevata complessità laddove il "fattore umano" è il principale determinante dell'errore in medicina. L'integrazione della simulazione nei percorsi di aggiornamento degli operatori sanitari rappresenta un'opportunità di perfezionamento delle conoscenze e delle competenze e di "correzione" di eventuali modalità operative non ottimali. La simulazione consente inoltre l'educazione all'identificazione e all'analisi del comportamento umano in condizioni critiche e di stress emotivo attraverso la modalità di individuazione sistematica delle variabili "non tecniche" che concorrono al compimento di un'azione e che contribuiscono a configurare il "fattore umano".

A questo riguardo particolare importanza riveste la "simulazione in situ". Questa modalità di simulazione è definita come "simulazioni che avvengono nel reale ambiente di lavoro e che coinvolgono personale medico e infermieristico che normalmente lavorano insieme" e offre le più alte garanzie per un miglioramento dell'assistenza ai pazienti reali, focalizzandosi sia sulle conoscenze tecniche che sui fattori umani.

3. La rete regionale dei centri di simulazione

Al fine di organizzare un'offerta formativa che risponda ai bisogni sia del personale in formazione che dei professionisti, ponendosi su elevati livelli di qualità valorizzando al meglio le caratteristiche della simulazione sopra riportate, nonché le esperienze e le competenze maturate nelle strutture accademiche e ospedaliere della Toscana, è necessario definire l'assetto della rete e i requisiti dei centri di simulazione.

La rete dovrebbe crescere a partire dalla ricognizione e valutazione delle strutture esistenti e del personale che ha sviluppato competenze specifiche nel campo della simulazione, con il coordinamento del gruppo di lavoro regionale istituito con specifico atto regionale.

Successivamente, la programmazione ed erogazione dei corsi d'interesse strategico regionale avverrà con il supporto del Formas, seguendo le indicazioni della Commissione regionale per la formazione, le priorità del Piano sanitario regionale e gli indirizzi degli organi di Governo clinico regionali.

I criteri per la programmazione includeranno: l'analisi del bacino ottimale di utenza, i volumi di attività, la frequenza e severità degli eventi avversi, la domanda di formazione accademica di base e le risorse disponibili. Per la raccolta e l'elaborazione di tali dati il Formas si avvarrà delle strutture regionali competenti indicate dalla Legge regionale 40 del 2005.

4. Requisiti della formazione in simulazione e dei centri di simulazione

È possibile proporre una rete di formazione regionale tramite simulazione che preveda:

- formazione di primo livello:
 - Per la formazione di primo livello prevalentemente rappresentata dalla necessità di acquisire technical skills o percorsi certificativi secondo le linee guida delle principali società scientifiche nazionali e internazionali, le Aziende sanitarie toscane definiscono dei percorsi formativi da inserire nei piani aziendali di formazione. Per questa attività le Aziende sanitarie toscane devono impiegare formatori certificati e criteri di individuazione dei fabbisogni e di organizzazione dell'offerta in modo integrato rispetto ai propri bacini di utenza condividendo, laddove è possibile, le risorse umane e tecnologiche;
 - formazione di secondo livello da svolgersi presso centri di formazione accreditati dalla

Regione Toscana secondo specifici requisiti, che di seguito elenchiamo (tabella 2).

5. Ricerca

I maggiori centri mondiali di simulazione medica affiancano una costante attività di ricerca all'attività formativa. Tale lavoro di ricerca è dettato dall'esigenza di mettere a punto strumenti e procedure, nonché la valutazione dell'efficacia dei vari programmi di training poiché, nonostante ci sia una aumentata sensibilità nei confronti del problema della sicurezza dei pazienti da perseguire anche tramite programmi di simulazione, per molte specificità mediche non esiste ancora una standardizzazione di queste metodiche di training.

La simulazione basata su un elevato supporto tecnologico offre potenzialmente l'opportunità di un apprendimento "attivo":

- in un ambiente privo di rischi,
- dove è possibile strutturare delle situazioni in cui l'individuo può mettere in atto le proprie conoscenze tecniche e abilità non tecniche di lavoro in team,
- dove esiste la possibilità di esaminare le proprie prestazioni, di riflettere criticamente sugli errori e sui successi, per metterli poi a frutto nell'esperienza quotidiana.

A prima vista una tale modalità di insegnamento sembra indubbiamente superiore ai metodi classici, ma tale superiorità non è allo stato attuale supportata da solidi dati scientifici. La bibliografia sull'argomento è, negli ultimi anni, in continua espansione, ma resta la necessità di documentare ulteriormente l'efficacia dell'apprendimento mediante simulazione sia delle competenze tecniche che non-tecniche e la reale ricaduta di tale apprendimento sulla sicurezza dei pazienti, con una non marginale attenzione al rapporto costo-beneficio.

Inoltre, per quanto concerne le technical skills, in commercio sono disponibili vari simulatori per molte specialità, ma il campionario non copre tutte le esigenze, poiché non sono state ancora completate tutte le tipologie di procedura e, a volte, i simulatori disponibili non offrono un'adeguata simulazione della morfologia e delle funzionalità.

Tutte le fasi della realizzazione di ciascun simulatore, dalla scelta dell'ambito di training a cui destinarlo alla progettazione, all'implementazione, ai primi test, fino alla validazione devono essere portate avanti da un team quanto più possibile multidisciplinare che comprenda tutte le figure mediche coinvolte nell'esecuzione delle procedure per le quali il simulatore è destinato. Per questo motivo è auspicabile che alcuni centri di simulazione si occupino anche della realizzazione dei simulatori.

Sarà pertanto necessario sviluppare dei trials di ricerca con le seguenti finalità:

- Stesura e validazione di programmi formativi da inserire nei curricula di studenti universitari, specializzandi e professionisti, attraverso studi prospettici randomizzati.
- Identificazione, mediante simulazione o analisi di situazioni reali, delle principali carenze nell'applicazione dei protocolli e nel lavoro di team.

- Confronto dell'efficacia di varie modalità logistiche di simulazione (nel centro di simulazione o in situ, soggetti operanti nello stesso team nella vita reale oppure partecipanti casualmente assortiti, documentazione del valore aggiunto della multiprofessionalità).
- Elaborazione di programmi di addestramento nelle technical e non-technical skills, con valutazione pre- e post-simulazione e scelta di adeguati end-point clinici per valutare la ricaduta dell'apprendimento sulla pratica clinica quotidiana.
- Elaborazione di strumenti valutativi che utilizzando scenari simulati consentano la valutazione delle performance sia personali che del team.
- Valutazione e sviluppo di nuove metodiche e tecnologie da introdurre nei programmi formativi.

Tabella 1	
Tecniche di simulazione disponibili	
Tipo	Descrizione
Paziente simulato o paziente standardizzato	Uso di attori (pazienti simulati) o di pazienti con specifiche patologie istruiti al fine di consentire principalmente l'acquisizione delle non-technical skills relative alla comunicazione con il paziente
Simulazione di procedure (Task training)	Utilizzo di simulatori (sia a bassa che a bassa-media fedeltà) per l'apprendimento di specifiche procedure (a esempio: cateterismo vescicale, puntura di vena, intubazione oro-tracheale ecc.)
Simulazione ibrida	Combinazione di un paziente simulato con un manichino parziale (a esempio: attrice che recita la parte della partoriente e un manichino per l'esecuzione del parto, torso che permette di eseguire manovre invasive toraco-addominali indossato da un istruttore)
Simulazione ad alta fedeltà	Uso di manichini a grandezza naturale gestiti da un sistema computerizzato con la possibilità di riprodurre tutte le principali condizioni cliniche che si incontrano nella realtà clinica
Simulazione chirurgica (tattile e laparoscopica)	Utilizzo di manichini che consentono di eseguire procedure chirurgiche sia con tecnica tradizionale che endoscopica
Realtà virtuale e aumentata	Utilizzo di programmi che consentono di esercitarsi in ambienti ricostruiti dal computer oppure uso di dispositivi che integrano la condizione reale con informazioni fornite dal computer
Realtà immersiva	Riproduzione realistica di ambienti e situazioni in 3D con la possibilità di interagire anche a distanza come se l'operatore fosse realmente nell'ambiente ricostruito

Tabella 2		
Requisiti del soggetto richiedente		
Criterio	Evidenza	Indicatore
Affidabilità		
La formazione deve essere prevista nella mission del Centro	Provvedimento di istituzione del Centro	
Esperienza in formazione		
Il Centro svolge in modo continuativo formazione in simulazione coerente alla mission dichiarata nel provvedimento di istituzione del Centro	L'evidenza va ricercata nella relazione annuale sulle attività formative svolte nel triennio precedente	- Nr. di progetti formativi - Nr. di edizioni - Nr. di partecipanti (distinti per profilo)

Requisiti della struttura formativa			
Criterio	Evidenza	Note	Indicatore
Struttura organizzativa specifica			
Presenza di personale qualificato e organizzato in coerenza all'affidamento di responsabilità	Organigramma e funzionaligramma del Centro	Il documento può essere un atto dell'Azienda o dell'Università oppure un riconoscimento nell'ambito di gestione dell'Azienda	Presenza di un documento ufficiale che formalizza l'organigramma del Centro

Organizzazione del Centro di simulazione			
Presenza di un direttore del Centro	Responsabilità sui progetti formativi		Nr. di progetti di cui è responsabile/totale progetti erogati
Il Centro deve disporre di un albo di facilitatori/istruttori ri con specifici requisiti formativi	Albo degli istruttori certificati		Presenza di un documento che attesti l'Albo degli istruttori certificati

Sede, strutture e attrezzature			
Disponibilità di sedi locali in proprietà, locazione o convenzione che rispettino le norme in tema di sicurezza e prevenzione coerenti con l'attività programmata. Possibilità di effettuare "simulazioni in situ"	- Presenza di un locale dedicato alla simulazione con regia separata e sistema di registrazione audio-video - Una sala per lezioni frontali - Una sala per debriefing		Pianta del Centro di simulazione
Tecnologia disponibile e relativo piano di manutenzione	Descrivere la tipologia del/dei simulatore/i e il grado di complessità	Sala tecnica	Inventario e relativo piano di manutenzione dell'attrezzatura disponibile

Gestione e archiviazione dati			
Esistenza di un sistema informatico di gestione e archiviazione dati	Documentazione di tipo descrittivo del sistema informatico		Possibilità di conteggiare nel triennio 2009-2011 le attività svolte, il numero degli operatori coinvolti, il numero dei crediti erogati
Il sistema deve garantire la trasparenza e la pubblicità dell'offerta formativa	Presenza dell'offerta formativa sul sito web, sito intranet, sito/i di altre istituzioni territoriali. Eventuali convenzioni con enti e istituzioni esterne all'Azienda		

Requisiti dell'offerta formativa		
Criterio	Evidenza	Indicatore
Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi		
Esistenza di procedure di rilevazione del fabbisogno coerenti con le caratteristiche del Centro	Procedura sulle modalità di rilevazione e criteri di analisi del fabbisogno	Presenza di una procedura secondo i criteri dell'accreditamento dei provider
Progettazione, erogazione, valutazione		
Esistenza e applicazione di procedure strutturate che garantiscano la qualità del progetto, il processo di erogazione, il gradimento dei partecipanti, il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento	Modulistica per rilevazione presenze, gradimento, apprendimento	Relazione finale del progetto con valutazione del raggiungimento degli obiettivi
Requisiti tecnico-professionali dei docenti/formatori		
Il Centro deve disporre di un Albo di istruttori certificati a seconda della tipologia dei percorsi formativi	Certificazione internazionale o altra certificazione specifica per percorsi individuali	Cv e certificazioni di organismi internazionali, nazionali o regionali

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Edoardo Majno
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 16/17 del 30 apr.-13 mag. 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa
Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700
67061 Carsoli (Aq)

"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

(continua a pagina 5)

DOCUMENTI *Delibera per la definizione finale delle opere strutturali del presidio*

Prato completa l'ospedale

Per la fase 3 del progetto 2,5 milioni - Utenze collegate entro 30 giorni

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 216 del 25 marzo «Completamento delle opere infrastrutturali connesse alla realizzazione del nuovo presidio ospedaliero di Prato»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare lo schema di Accordo, "Completamento delle opere infrastrutturali connesse alla realizzazione del nuovo presidio ospedaliero di Prato", tra Regione Toscana, Comune di Prato e Azienda Usl 4 di Prato, di cui all'allegato "A" quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di dare atto che la copertura finanziaria degli impegni a carico della Regione Toscana, di cui all'articolo 2 dell'allegato Accordo e quantificati in Euro 2.500.000,00, risulta assicurata dalle risorse presenti sul capitolo 24118 del bilancio gestionale 2013;

3. di comunicare il presente atto, una volta esecutivo, al Comune di Prato e alla Azienda Usl 4 di Prato per gli adempimenti conseguenti.

ALLEGATO A

Accordo per il completamento delle opere infrastrutturali connesse alla realizzazione del nuovo presidio ospedaliero di Prato tra Regione Toscana Comune di Prato Azienda Usl 4 di Prato

In data odierna in Firenze presso la sede dell'....., i sottoscritti, in rappresentanza della Regione Toscana, del Comune di Prato, della Azienda Usl 4 di Prato,

Premesso

- che in data 18 novembre 2005 è stato sottoscritto tra la Regione Toscana, la Provincia di Prato, il Comune di Prato, l'Azienda Usl 4 di Prato, la Direzione regionale per i beni culturali e paesaggistici della Toscana, la Soprintendenza per i beni architettonici, paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici per le Province di Firenze, Pistoia e Prato, la Soprintendenza per i beni archeologici della Toscana, l'Accordo di programma finalizzato alla realizzazione del nuovo Presidio ospedaliero di Prato e delle opere infrastrutturali connesse;

- che, come risulta all'art. 3 dell'Accordo di programma di cui sopra, viene allegato a tale atto con la lettera "C", un estratto del Progetto definitivo redatto dal Comune di Prato e approvato con deliberazione Giunta comunale n. 851 del 15/11/2005 relativo al potenziamento della viabilità locale delle industrie nord-sud, tramite un insieme di opere finalizzate a razionalizzare e ottimizzare il flusso del traffico veicolare della zona interessata, creando nel contempo un nuovo sistema di accessi alla futura area ospedaliera;

- che come indicato all'art. 4. 2 dell'Accordo di programma, tali opere prevedono un costo totale pari a 5.800.000,00 euro, a carico del Comune di Prato che ne risulta anche ente

attuatore, e un termine di realizzazione fissato entro l'attivazione della nuova struttura ospedaliera;

- che il Comune di Prato, stante le difficoltà di carattere finanziario, ha provveduto ad approvare successivamente il progetto esecutivo per stralci funzionali;

- che una parte delle opere di cui sopra, per un importo pari a euro 3.300.000,00 risulta già completata o in fase di esecuzione;

- che la restante parte, individuata dalla fase "3b" di cui alla determina dirigenziale n. 645/2011 e relativa sostanzialmente alla costruzione del collegamento viario tra viale Nam Dinh e l'area del nuovo ospedale, risulta già essere stata oggetto di gara di appalto espletata dal Comune di Prato, ma in attesa di copertura finanziaria per procedere alla sua aggiudicazione e contrattualizzazione;

- che il Comune di Prato, a fronte delle difficoltà finanziarie attuali e della conseguente impossibilità di mantenere gli impegni assunti con la sottoscrizione dell'Accordo di Programma del 2005 in merito al completamento della viabilità in questione entro il termine temporale di attivazione del nuovo ospedale, previsto entro il mese di settembre 2013, ha richiesto formalmente l'intervento della Regione Toscana finalizzato alla assegnazione del finanziamento necessario per poter aggiudicare i lavori di cui alla citata Fase 3b;

- che le necessità finanziarie di cui al punto precedente ammontano a euro 2.500.000,00, come risulta dalla documentazione tecnica pervenuta dal Comune di Prato;

- che il bilancio gestionale 2013 della Regione al cap. 24118 "Realizzazione di infrastrutture nell'ambito del Sistema sanitario regionale" presenta la necessaria disponibilità per far fronte alla richiesta del Comune di Prato;

- che in data 08/11/2012 si è svolta una seduta del Collegio di Vigilanza previsto all'art. 7 dell'Accordo di Programma già citato, ove è stato preso atto delle difficoltà finanziarie sollevate dal Comune di Prato, della disponibilità della Regione Toscana a verificare la possibilità di assegnare il finanziamento richiesto, e della disponibilità del Comune di Prato a verificare la possibilità concreta di valorizzazione dell'immobile Villa Filicaia di proprietà Asl 4;

- che nel corso di incontri istituzionali svoltisi successivamente si è ribadita da parte dei rappresentanti dei rispettivi Enti la volontà di rispettare quanto convenuto nella seduta del Collegio di vigilanza di cui sopra;

- che trattandosi di opere infrastrutturali propedeutiche e indispensabili per la attivazione del Nuovo presidio ospedaliero e a esso strettamente collegate, come del resto risulta anche dall'Accordo di programma del 2005 in precedenza citato, si ritiene opportuno assegnare alla Asl 4 un idoneo finanziamento finalizzato alla realizzazione della viabilità già menzionata, pur mantenendo il Comune di Prato quale ente attuatore, al quale quindi l'Azienda trasferirà il suddetto finanziamento nei modi e termini indicati in seguito nel presente Accordo;

- che la Regione Toscana con deliberazione n. 1208 del 29/12/2008, ha, tra l'altro, approvato il documento denominato "Indirizzi per le erogazioni dei finanziamenti regionali previsti negli Accordi di programma a favore degli enti attuatori delle opere infrastrutturali connesse alla realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri", e che tali indirizzi si ritengono applicabili anche al caso in questione;

- che in adempimento agli indirizzi del Psr vigente, le Aziende sanitarie sono tenute ad alienare, previa approvazione delle necessarie varianti urbanistiche da parte delle Amministrazioni comunali, gli immobili di loro proprietà non più strategici ai fini sanitari onde reperire fondi da utilizzare per finanziare i propri programmi di investimento;

- che la Lr 09/03/2012 n. 8 "Disposizioni urgenti in materia di alienazione e valorizzazione di immobili pubblici" prevede la formazione di piani di alienazione e di valorizzazione del patrimonio edilizio pubblico che insiste nel territorio regionale di proprietà di enti pubblici, indicando tra l'altro procedure semplificate per l'approvazione delle connesse varianti urbanistiche;

- che l'Asl 4 intende procedere alla alienazione previa adeguata valorizzazione urbanistica del proprio edificio denominato Villa Filicaia sito in Comune di Prato, viale F.lli Cervi 40, coesistentemente con gli obiettivi e finalità che la citata Lr 8/2012 attribuisce ai beni immobiliari non strumentali delle aziende sanitarie nell'ambito della realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, ancorché detti beni non connessi agli Accordi di programma a suo tempo sottoscritti;

- che il vigente Piano strutturale e Regolamento urbanistico comunale di Prato collocano l'immobile di cui sopra in area "sub sistema ambientale V6 - i capisaldi del verde urbano - con destinazione specifica Sh - servizi ospedalieri e sanitari", con intervento consentito fino al restauro edilizio;

- che il nuovo piano strutturale adottato nel luglio del 2012 e in fase di prossima approvazione, riconosce il valore testimoniale di Villa Filicaia e la colloca tra le "Ville e nuclei rurali di valore storico e architettonico e loro pertinenze" che costituiscono alcune delle invariati storico-insediative del territorio comunale;

- che l'Amministrazione comunale di Prato si è dichiarata disponibile ad assecondare la richiesta della Asl 4 in merito alla valorizzazione di Villa Filicaia, e ad attivare le procedure di cui alla Lr 8/2012, nel rispetto delle caratteristiche strutturali, architettoniche e decorative del complesso, e delle esigenze di conservazione e tutela dei valori storici culturali e paesaggistici del medesimo;

- che i lavori di costruzione del nuovo presidio ospedaliero rispettano sostanzialmente il cronoprogramma temporale approvato a suo tempo, e che si prevede la loro ultimazione e il collaudo entro il 30/06/2013, e la conseguente attivazione della nuova struttura entro il mese di settembre 2013;

- che quindi risulta indispensabile e urgente pervenire quanto prima al completamento della viabilità prevista nell'accordo di programma del 2005, tramite la realizzazione del tratto stradale individuato dalla "fase 3b" di cui alla determina dirigenziale n. 645/2011 (già citata), e relativo al collegamento tra viale Nam Dinh e l'area del nuovo ospedale, in modo da consentire un accesso adeguato al nuovo presidio;

- che il Comune di Prato ha predisposto una documentazione tecnica formata da una relazione con unita planimetria, dalla quale si evincono la natura dell'opera oggetto del presente Accordo, le risorse finanziarie necessarie per la sua realizzazione, la tempistica prevista per il completamento, e che si allega al presente atto con la lettera "A" per formarne parte integrante e sostanziale;

tutto ciò premesso e considerato,

Concordano

Articolo 1

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente Accordo e costituiscono i presupposti su cui si fonda il consenso delle parti.

Articolo 2

La Regione Toscana si impegna:

1. a mettere a disposizione della Azienda Asl 4 di Prato, e di conseguenza al Comune di Prato in quanto ente attuatore dell'intervento, le risorse finanziarie necessarie alla realizzazione della Fase 3b del progetto relativo alla viabilità connessa al nuovo presidio ospedaliero, come meglio indicato nelle premesse, tramite l'assegnazione di una somma pari a 2.500.000,00, nella annualità 2013, che l'Azienda una volta acquisita provvederà a trasferire senza indugio al Comune di Prato dietro specifica richiesta;

2. a provvedere, nella prima seduta utile della Giunta regionale, alla assegnazione alla Asl 4 delle risorse finanziarie di cui al precedente art. 1;

3. ad assumere il relativo impegno di spesa sul competente capitolo del bilancio regionale, annualità 2013, entro i successivi 7 giorni, provvedendo a darne immediata informazione alla Asl 4 e al Comune di Prato;

4. a provvedere alla successiva erogazione di tale finanziamento secondo la procedura individuata con deliberazione della Giunta regionale n. 1208 del 29/12/2008 già citata nelle premesse, entro 10 giorni dalla richiesta formale della Asl 4, come indicato al successivo art. 3;

Resta convenuto che nel caso di inosservanza da parte del Comune di Prato dei termini temporali indicati al successivo art. 4, relativi alla conclusione delle opere di viabilità oggetto del presente Accordo già denominate "Fase 3b", e alla attivazione delle procedure di valorizzazione dell'immobile denominato Villa Filicaia di proprietà Asl 4, la medesima Asl incarica sin d'ora la Regione Toscana di recuperare, per suo conto, le somme erogate al Comune di Prato, mediante le compensazioni contabili sui futuri contributi spettanti al Comune stesso.

Articolo 3

La Asl n. 4 si impegna:

1. a presentare alla Regione Toscana senza indugio alcuno la richiesta di erogazione delle risorse regionali di cui al precedente art. 2, con le modalità indicate nella Dgr 1208 del

29/12/2008 già citata nelle premesse, una volta recepita formalmente la analogo richiesta che verrà presentata precedentemente alla Azienda da parte del Comune di Prato quale ente attuatore dell'opera;

2. a partecipare e ad agevolare per quanto di competenza, e per quanto richiesto dal Comune di Prato, le procedure di predisposizione degli atti tecnici e di esecuzione dei lavori relativi al tratto viario denominato "Fase 3b" di cui alle premesse;

3. a partecipare e ad agevolare per quanto di competenza, e per quanto richiesto dal Comune di Prato, la procedura di valorizzazione urbanistica del complesso edilizio Villa Filicaia, di cui alle premesse;

Articolo 4

Il Comune di Prato si impegna:

1. a concludere le opere di viabilità previste nell'Accordo di Programma del 2005, e per l'effetto a provvedere alla aggiudicazione dell'appalto relativo ai lavori di cui alla Fase 3b del progetto di adeguamento della viabilità connessa al nuovo presidio ospedaliero di Prato, approvato con la determinazione dirigenziale n. 645/2011, e già citata nelle premesse, entro 7 giorni dalla data del decreto dirigenziale regionale di impegno della spesa sul competente capitolo del bilancio regionale, di cui al precedente art. 2;

2. a provvedere, quindi, a quanto necessario per dare inizio immediato ai lavori di cui sopra in modo da consentire la realizzazione delle opere propedeutiche di scavo necessarie alla posa dei sottoservizi e al collegamento delle utenze entro i 30 giorni successivi aderendo alle esigenze operative della Asl 4 in merito alla messa in esercizio del nuovo ospedale, e la completa ultimazione di tutti i lavori entro 6 mesi dal loro formale inizio, in modo da rendere la nuova strada normalmente transitabile;

3. a presentare alla Asl 4 la richiesta di erogazione delle risorse regionali di cui al precedente art. 2, seguendo le modalità indicate nella Dgr 1208 del 29/12/2008, già citata nelle premesse, e nel presente Accordo;

4. ad attivare formalmente entro 15 giorni dalla approvazione del nuovo Piano strutturale comunale, adottato con deliberazione del Consiglio comunale n. 40 del 31/05/2012, mediante apposito atto di Giunta, le specifiche procedure previste dalla Lr 8/2012, finalizzate alla valorizzazione dell'immobile denominato "Villa Filicaia", di proprietà Asl 4, sito nel Comune di Prato viale F.lli Cervi 40 - località S. Lucia, proponendo al Consiglio comunale, mediante apposito atto di Giunta, diverse destinazioni possibili privilegiando le più convenienti sotto il profilo del ritorno economico a favore della Asl 4 fra le funzioni terziarie (turistico/ricettivo, direzionale, commerciale di somministrazione), compatibilmente con la natura e il valore architettonico del bene, e ricercando la preventiva condivisione da parte della Azienda proprietaria.

Articolo 5

Tutti gli impegni assunti con il presente Accordo restano in vigore fino al completamento ed entrata in esercizio delle opere oggetto dell'accordo stesso, e/o fino al completamento della procedura di valorizzazione urbanistica di cui al precedente art. 4. ●

ELBA

I risultati dopo cinque mesi nella hall dell'ospedale di Portoferraio

Totem alla fase di rodaggio



Tra analisi, diagnostica e libretti vaccinali già stampati 200 referti

A cinque mesi dall'installazione del totem nella hall dell'Ospedale di Portoferraio sono stati circa 200 i referti stampati e quasi 500 le procedure di consenso attivate. «Si tratta di risultati incoraggianti - dice Gianni Donigaglia, direttore della Zona Elba - ma che possiamo e dobbiamo sicuramente migliorare. Il totem, arrivato nell'ottobre dello scorso anno, è uno strumento potente messo a disposizione da parte dell'Azienda Usl 6 per tutti gli elbani. Il totem

permette la stampa "fai-da-te" di referti sanitari, libretti vaccinali e molti altri documenti. Il suo utilizzo può sicuramente agevolare i cittadini nella fruizione dei servizi e contemporaneamente abbattere i tempi di attesa agli sportelli. Per questo stiamo lavorando a rendere sempre più facile l'accesso a questa risorsa».

A oggi il totem di Portoferraio ha prodotto 194 stampe di referti fra le quali 91 analisi di laboratorio, 65 libretti vaccinali e 34 di diagnostica.

Tra le procedure più utilizzate anche quella di rilascio del consenso per la privacy che è stata attivata 473 volte. «L'azienda Usl 6 di Livorno - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'Unità operativa Innovazione e Sviluppo - è stata la prima in Italia a mettere a disposizione dei cittadini questo nuovo servizio di stampa in autonomia. Da cinque mesi anche all'Elba i cittadini possono stamparsi per conto proprio e senza fare alcuna fila molti dei documenti più richiesti agli sportelli.

Per sfruttare questa importante novità è sufficiente avere attivato la nuova tessera sanitaria elettronica, quella con il microchip dorato, e avere con sé il numero segreto Pin rilasciato dopo l'attivazione. La procedura è estremamente semplice e molto simile a quella di un comune bancomat».

Il totem è stato installato nella hall dell'ospedale per consentire un accesso praticamente continuo, tutti i giorni dalle 7 alle 22, facilitando chi ha orari ridotti come studenti e lavoratori. Il

sistema risulta, inoltre, molto utile anche per chi esegue analisi ciclicamente, come le persone sottoposte al trattamento anticoagulante orale, il cosiddetto Tao, che possono in tempo reale stampare il risultato delle analisi. Gli unici elementi davvero necessari sono la tessera sanitaria elettronica e il relativo codice segreto che garantisce la privacy e la sicurezza dei propri dati.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

PISA

Focus sulle cure più innovative per trattare la labiopalatoschisi

Una finestra sulle più avanzate tecniche chirurgiche e riabilitative e sulle modalità di approccio multidisciplinare alla labiopalatoschisi, ma anche uno spazio per le visite dei piccoli che hanno questa malformazione neonatale e la consulenza ai genitori. Su questo si è concentrato il convegno sul tema tenuto a Pisa il 20 aprile. Un appuntamento molto partecipato sia per l'incidenza della malformazione fra i nuovi nati (1:800) sia

telli sani di una persona con schisi hanno circa l'1% di probabilità di avere un figlio con schisi; tale rischio aumenta fino al 5-6% se in famiglia c'è più di un soggetto affetto.

È importante che i pazienti vengano indirizzati da subito in centri altamente specializzati e multidisciplinari, in quanto devono essere seguiti da diverse figure professionali ed è di fondamentale importanza anche conoscere come trattare questi neonati nei primi giorni di vita, anche per ciò che riguarda l'alimentazione e le eventuali problematiche connesse, tutti elementi che incidono per poter raggiungere il miglior risultato.

Un convegno sull'approccio multidisciplinare

per la forte esigenza dei genitori di essere informati sul percorso assistenziale da seguire per la cura e sugli ospedali italiani specializzati nel settore, per affrontare al meglio il cammino da intraprendere.

La labiopalatoschisi è una malformazione che interessa singolarmente o congiuntamente il labbro superiore e/o il palato e/o il mascellare del neonato e si manifesta con una "schisi", ossia una fessura tra due parti che, nella vita intrauterina, non si sono unite. Al convegno si è parlato della possibilità di ripetizione dell'evento nelle famiglie con già un figlio con schisi, sottolineando che il rischio va dal 2 al 4% (fino al 10-12% in caso di più di un familiare colpito) e che i fra-

menti on line con l'Ospedale di Bologna e in streaming per analizzare casi clinici complessi di donne con patologie particolarmente impegnative. Anche quest'anno parte dei proventi del corso sarà destinata all'acquisto di un ecografo per una onlus che opera in Africa e la cui responsabile è Maria Cristina Breschi che è stata per molti anni responsabile dell'unità funzionale consultoriale della Usl.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou di Pisa

GROSSETO

Pazienti in terapia anticoagulante: il risultato dell'Inr arriva via sms

Un sistema innovativo, rapido ed efficace per semplificare la vita di tutti i pazienti, che per la patologia di cui soffrono, seguono una terapia anticoagulante e che controllano regolarmente il valore dell'Inr. Per loro e per i medici che li seguono, la Asl 9 ha messo a punto una nuova modalità per ricevere i risultati degli esami del sangue, che effettuano periodicamente per controllare l'efficacia della terapia stessa: dallo scorso 15 aprile, infatti, i risultati possono arrivare anche sul cellulare, con un sms, inviato direttamente dal software del Laboratorio analisi centralizzato. Si tratta di un servizio gratuito, destinato ai pazienti in possesso delle specifiche esenzioni per patologia (OA02 - OB02 - OC02), che viene attivato dal paziente stesso, semplicemente comunicando, al momento dell'accettazione, il numero di cellulare sul quale desidera ricevere la comunicazione con il valore dell'Inr. Il messaggio viene successivamente inviato, non appena pronti i risultati degli esami, senza alcuna spesa aggiuntiva per il cittadino, nel rispetto della privacy, utilizzando un programma in-

Il servizio opzionale non comporta costi aggiuntivi

formato appositamente studiato per questo servizio. L'obiettivo della Asl 9 è quello di rendere ancora più semplice, agevole e tempestivo l'accesso delle persone trattate con terapia anticoagulante alle proprie informazioni sanitarie: il paziente, infatti, deve avere rapidamente a disposizione il valore dell'Inr, per comunicarlo al proprio medico curante, in modo che il professionista possa fare le proprie valutazioni sul dosaggio dei farmaci e programmare il diario della terapia stessa, secondo le scadenze personalizzate per ogni paziente. La Asl 9 ha attivato questo servizio in aggiunta alle altre modalità per il ritiro del referto, specificando che non sostituisce comunque il ritiro del referto in cartaceo; che viceversa non è necessario solo se, al momento dell'accettazione, il paziente sceglie di riceverlo attraverso il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), utilizzabile da tutti quei cittadini che hanno attivato la propria Tessera sanitaria elettronica.

Lina Senserini
Ufficio stampa Asl 9 di Grosseto

PISTOIA

Il punto sulla diagnostica ecografica applicata all'oncologia ginecologica

Il 19 e 20 aprile a Montecatini 400 specialisti in ginecologia, provenienti da tutta Italia, hanno partecipato al IV corso teorico e pratico, di ecografia transvaginale di base avanzata. Il corso, che si è svolto al centro Congressi Vittoria ha ricevuto molta attenzione, tanto da rendere necessaria, già da un mese, la chiusura delle iscrizioni visto che le richieste si sono dimostrate superiori alle previsioni fatte dagli organizzatori Paolo Scognamiglio, responsabile dell'attività ecografica ostetrica e ginecologica della Asl 3 di Pistoia, e Luca Savelli, Direttore di Dipartimento ostetrico e ginecologico dell'azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola di Bologna.

Nella prima giornata sono state fornite tutte le informazioni di base per eseguire correttamente l'esame ecografico, per far imparare coloro che per la prima volta si sono avvicinati all'ecografia e divenire presto in grado di interpretare i reperti fisiologici e patologici delle patologie più comuni. Nella seconda giornata sono stati trattati argomenti cardine della ecografia ginecologica di II livello, quali la diagnosi differenziale delle

masse annessiali e in generale l'oncologia ginecologica.

Il programma ha previsto, oltre alla partecipazione degli attuali maggiori esperti di ginecologia in ambito nazionale, anche l'attesa presenza di Elisabeth Epstein, della Karolinska University Hospital di Stoccolma, che ha portato una sintesi delle ultime ricerche nel campo della diagnostica ecografica in oncologia ginecologica. Per dare risalto alla pratica si sono svolte delle live session: sono state allestite postazioni apposite dove i medici hanno potuto esercitarsi su casi reali. Ma non sono mancate proiezioni di filmati, i colleghi

Corso teorico e pratico a Montecatini

menti on line con l'Ospedale di Bologna e in streaming per analizzare casi clinici complessi di donne con patologie particolarmente impegnative. Anche quest'anno parte dei proventi del corso sarà destinata all'acquisto di un ecografo per una onlus che opera in Africa e la cui responsabile è Maria Cristina Breschi che è stata per molti anni responsabile dell'unità funzionale consultoriale della Usl.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

IN BREVE

▼ PISA

Dal 22 al 24 aprile a San Rossore, in località La Sterpaia, si è tenuto un workshop di tre giorni, su richiesta della Commissione Ue, organizzato dall'Ufficio affari internazionali del Dipartimento della protezione civile e dal Gcu-Gruppo chirurgia d'urgenza di Pisa. Un workshop rigorosamente tecnico, destinato ai Team Leader dei moduli sanitari e agli esperti nazionali. Negli anni sono state numerose le esercitazioni internazionali svoltesi a San Rossore - anche nell'ambito del progetto europeo Pis.a.r.t.e. insieme a Croce Rossa, Vigili del fuoco e Protezione civile - per mettere a punto procedure operative standardizzate, in caso di maxi-emergenze sia dal punto di vista dell'assistenza medica che di ricerca e soccorso delle vittime.

▼ LIVORNO

Saranno 50 le assunzioni in arrivo nel 2013 per l'Azienda Usl 6 di Livorno stabilite nel piano del comparto, ovvero del personale non-dirigente, firmato con i sindacati. In particolare arriveranno 34 tra infermieri e ostetriche, 13 Oss, 1 podologo, 1 logopedista e 1 fisioterapista. «Le prime ad arrivare - spiega Gabriele Morotti, direttore amministrativo dell'Azienda Usl 6 - saranno 15 assunzioni a tempo indeterminato (7 infermieri, 1 ostetrica, 6 Oss e 1 podologo), ma si tratta solo di un primo arrivo di nuovo personale al quale ne seguiranno sicuramente altri. L'accordo firmato prevede, infatti, la copertura al 100% del turn over 2013; questo vuol dire che tutte le posizioni lavorative che rimarranno vacanti saranno rimpiazzate».

▼ PISA/2

«La Salute non gioca a dadi» è il titolo dell'incontro che si è tenuto a Pisa il 22 aprile promosso nell'ambito del Piano di educazione alla salute della Asl 5 e delle tre società della salute presenti sul territorio aziendale con il partenariato della campagna nazionale "Metiamoci in gioco". L'obiettivo della giornata è stato quello di approfondire i temi legati al gioco d'azzardo patologico privilegiando i percorsi di prevenzione all'interno delle scuole superiori e coinvolgendo in primo luogo insegnanti e studenti con i quali sono stati avviati percorsi di educazione alla legalità e alla salute. Da questo punto di vista il confronto sarà con esperienze sia di carattere nazionale che di carattere locale valorizzando le buone prassi sviluppate sul territorio.

CALENDARIO



FIRENZE/1

"Patologia rara del tenue di interesse chirurgico" è il titolo del convegno che si terrà al Centro oncologico fiorentino (Sesto Fiorentino). Tra i temi dell'incontro: diagnosi per immagini, enteroscopia, gestione post-operatoria della sindrome da intestino corto, trapianto intestinale. Info: 0554630555, congressi@wwes.it



FIRENZE/2

Aggiornare le competenze sulle problematiche emorragiche, in particolare quelle correlate all'uso di farmaci anticoagulanti, e sul trattamento delle emorragie massive. Questo lo scopo del seminario "Fisiologia dell'emostasi" dell'Asl di Firenze e che si terrà alla Villa Fabbri. Info: laura.ammannati@asf.toscana.it



FIRENZE/3

La Società italiana di cardiologia - Sic, Gruppo di Lavoro Trombosi, organizza il XV corso di aggiornamento dal titolo "Terapie antitrombotiche in Cardiologia 2013". Il corso, che si terrà il 10 e l'11 maggio, approfondirà diversi aspetti con principi generali, gestione e terapie. Per info: 0554480891



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria
Elettronica guardi
le tue analisi sul pc.
Convieni a tutti.

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria